

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการกระทำรุนแรงในครอบครัว เป็นปัญหาของครอบครัวและสังคม ซึ่งวงการสุขภาพมองว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่ง ที่ประเทศไทยและประเทศทั่วโลกกำลังประสบอยู่ โดยทุกประเทศพยายามแก้ไขเพื่อยุติการกระทำเหล่านี้ (ไ่มุขย์ มลิตอง, 2539) สำหรับประเทศไทยการกระทำรุนแรง ในครอบครัวไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเด็กและผู้หญิงเท่านั้น แต่เกิดกับผู้ชายและผู้สูงอายุด้วย จากสถานการณ์และข้อมูลสถิติหลายแห่ง เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง ชาวในหน้าหนังสือพิมพ์หรือข้อมูลการให้บริการแก่ผู้ติดกเป็นเหยื่อ และองค์กรเอกชน พบว่าการกระทำรุนแรงในครอบครัวมักเกิดกับเด็กและผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะการกระทำรุนแรงทางเพศ (ปรีชา อุปโยคิน, 2538 ; พาที โชคชัยศิริวัฒน์, 2543) ส่วนใหญ่เป็นการกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยพบร้อยละ 80 (คณะกรรมการสิทธิการกิจการสตรี เยาวชน และผู้สูงอายุ วุฒิสภา, 2541) และจากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) พบว่าทุกปีจะมีเด็ก 1 ใน 5,000 - 10,000 ราย ที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากการกระทำรุนแรงทางร่างกาย และ 1 ใน 180 - 1,000 ราย ที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกายแล้วถูกนำมาส่งที่สถานสงเคราะห์ นอกจากนี้ร้อยละ 10 - 50 ของผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงทางร่างกาย ผู้กระทำส่วนใหญ่คือสามีหรือคู่รักของเธอ และจากการศึกษาประชากรทั่วไปพบว่าร้อยละ 12 - 25 ของผู้หญิง เคยมีประสบการณ์ถูกกระทำรุนแรงทางเพศ ส่วนในผู้สูงอายุพบร้อยละ 5 เท่านั้น และในผู้ชาย (สามี) พบร้อยละ 10 โดยมักเกิดจากการกระทำรุนแรงต่อผู้หญิงก่อนแล้ว ผู้หญิงเกิดการต่อสู้เพื่อป้องกันตนเองและลูก แต่สถิติที่พบไม่สามารถระบุได้แน่นอนเนื่องจากการปกปิด โดยเฉพาะการกระทำรุนแรงในผู้ชายและผู้สูงอายุไม่ค่อยมีการรายงาน ซึ่งปัจจุบันยังเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้นอยู่ในสังคมไทย (วัลภา วงศ์สารศรี, 2543)

การกระทำรุนแรงในครอบครัวเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน โดยเฉพาะปัญหาครอบครัว ซึ่งได้รับอิทธิพลจากค่านิยมทางความเชื่อ เจตคติ และวัฒนธรรม ตลอดจนภาวะวิกฤติทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ตกต่ำ เกิดการบีบคั้นจนเกิดความเครียดและมีพฤติกรรมก้าวร้าวตามมา การกระทำรุนแรงในครอบครัวที่เกิดขึ้นมักเป็นการละเมิดสิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานของผู้ถูก

กระทำ เช่น พ่อข่มขืนลูกสาว สามีทำร้ายภรรยา การกระทำเหล่านี้ส่งผลกระทบไม่เพียงแต่ชีวิตร่างกายและจิตใจของผู้ที่ตกเป็นเหยื่อเท่านั้น ยังก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก บั่นทอนความปกติสุขของครอบครัวและสังคม เด็กหรือเยาวชนหันไปพึ่งพายาเสพติดหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ อีกทั้งสะท้อนให้เห็นความอ่อนแอของกลไกในการคุ้มครองสิทธิของประชาชนของรัฐด้วย (พาที โชควัฒน์, 2543) ดังที่รัฐธรรมนูญมาตราที่ 30 – 53 และมาตราอื่น ๆ อีกมากบัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่า “หญิง - ชาย มีสิทธิเท่าเทียมกัน” แต่ในทางปฏิบัติ เด็กและผู้หญิงก็ยังถูกเลือกที่จะปฏิบัติ แม้ประเทศไทยได้ลงนามให้สัตยาบันว่าด้วยการเลือกปฏิบัติต่อเด็กและผู้หญิงร่วมกับประเทศในสหประชาชาติกว่า 99 ประเทศแล้วก็ตาม (ปวีณา หงสกุล, 2542) อีกทั้งมาตรการคุ้มครองผู้ประสบปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัวตามกฎหมายไทย จำกัดเฉพาะในกฎหมายอาญาและกฎหมายแพ่งเท่านั้น จึงจะว่าถือเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ถูกระทำ เนื่องจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และระบบกฎหมายไทย (วิเวียน ทรัพย์สาร, 2535)

ในส่วนของโรงพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมีส่วนในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำได้อย่างมาก ซึ่งถือว่าเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลที่สามารถพบและให้การช่วยเหลือผู้ถูกระทำได้บ่อยที่สุดแห่งหนึ่ง (ปวีณา หงสกุล, 2542 ; ปิยะวาท เกสมาต, 2539) แต่การตระหนักถึงการประเมินการกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยการ ชักประวัติ นั้นยังมีน้อยมาก หรือบางครั้งแทบไม่มีการนึกถึงเรื่องนี้เลย (Richardson, Feder, Eldridge, Chung, Coid, & Moorey, 2001) ซึ่งการประเมินการกระทำรุนแรงในครอบครัวนั้นเป็นสิ่งที่จำเป็นและควรมีการบันทึกด้วย โดยในการบันทึกควรชี้ให้เห็นว่าการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นการกระทำรุนแรงที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงว่าถูกทำร้ายหรือถูกระทำรุนแรง ซึ่งจะช่วยให้เห็นประเด็นของการกระทำรุนแรงในครอบครัวชัดเจนยิ่งขึ้น (ปวีณา หงสกุล, 2542 ; Heise, Ellsberg, & Gottemoeller, 1999) แต่นี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น เพราะมีอีกหลายครั้งที่แพทย์และพยาบาลไม่สามารถประเมินว่าผู้ป่วยรายนั้นกำลังถูกระทำรุนแรงหรือไม่เนื่องจากความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวยังได้รับอิทธิพลจากค่านิยมทางความเชื่อ ทัศนคติวัฒนธรรมของสังคมไทย และความซับซ้อนของปัญหา สิ่งเหล่านี้ทำให้แพทย์และพยาบาลควรตระหนักถึงการประเมินการกระทำรุนแรงให้มากขึ้น เพราะสามารถช่วยเหลือผู้ถูกระทำที่ตกเป็นเหยื่อ และช่วยป้องกันไม่ให้อาการนี้ทวีความรุนแรงขึ้นได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรเหล่านี้ต้องมีความรู้ความเข้าใจว่าการกระทำรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาทางสุขภาพ ปัญหาครอบครัวและสังคมที่แพทย์และพยาบาลต้องตระหนัก ยอมรับและให้ความสำคัญในการปฏิบัติ

ต่อผู้ถูกระทำอย่างเหมาะสมทั้งการให้บริการดูแลรักษาเพื่อบำบัดอาการบาดเจ็บ การช่วยเหลือเพื่อแก้ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ดูแลให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแนะนำต่าง ๆ เช่น ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือในชุมชน และที่สำคัญบุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีต่อปัญหานี้ด้วย ดังคำกล่าวของสุภาวดี เพชรรัตน์ (2542) หัวหน้าศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิงที่ว่า “ถึงแม้ 10 ปีที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย และกฎหมายต่าง ๆ แต่ในเชิงทัศนคติของคนในสังคมยังไม่สามารถประเมินได้ว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร”

การแก้ไขปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันและให้การช่วยเหลือโดยทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องร่วมมือกันในการดำเนินงาน รวมทั้งรณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเจตคติ และค่านิยมในสังคมไทยให้ยุติการกระทำความรุนแรงในครอบครัว (พาที โชควัฒน์, 2543) การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเพิ่มความรู้จำเป็นต้องใช้เวลา เพราะทัศนคติเป็นตัวทำนายพฤติกรรมหรือการปฏิบัติต่าง ๆ ของบุคคล (Fishbein & Ajzen, 1975, 1980) เพราะถ้าบุคลากรซึ่งมีหน้าที่ปฏิบัติต่อผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง ซึ่งบอบช้ำทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีทัศนคติไม่ดีต่อปัญหานี้ก็เท่ากับเป็นการซ้ำเติมและไม่ช่วยให้ปัญหาลดลงหรือหมดลงไปได้ และแม้จะมีนโยบายของรัฐบาลร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2542 ในการรณรงค์เพื่อยุติการกระทำความรุนแรง และการจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและผู้หญิงในภาวะวิกฤติในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ (กฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธีรารัตน์, 2543) แต่ในทางปฏิบัติจริงแล้วโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่สามารถทำได้อย่างจริงจัง เนื่องจากขาดการเตรียมพร้อม ผู้ที่ปฏิบัติงานยังไม่เข้าใจปัญหา ขาดความรู้ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องของการกระทำความรุนแรงในครอบครัว อีกทั้งมีอุปสรรคในการดำเนินงาน เนื่องจากขาดการประสานงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การปฏิบัติทำได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

ดังนั้นจึงเป็นบทบาทโดยตรงของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องประเมินและให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่าร้อยละ 20 – 35 ของผู้หญิงที่มารับการรักษาที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีสาเหตุมาจากการถูกทำร้ายร่างกาย (Choen, De Vos, & Newberger, 1997) แพทย์และพยาบาลต้องบ่งชี้ให้ได้ว่าอาการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายมีสาเหตุจากอะไร ประเมินทั้งทางร่างกายและจิตใจ ลงบันทึกเพื่อเป็นหลักฐานและรายงาน พร้อมทั้งให้คำแนะนำและการช่วยเหลือในเบื้องต้น รวมถึงการส่งต่อในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ก็มีผู้ถูกระทำจำนวนมากที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพราะแพทย์และพยาบาลไม่เข้าใจเรื่องของการกระทำความรุนแรงเพียงพอ โดยให้การดูแลผู้ถูกระทำเฉพาะบาดแผลทางด้านร่างกาย ไม่สนใจกระบวนการและสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ จากการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล, ชื่นฤทัย

กาญจนะจิตรา, วาสนา อิมเอม และอุษา เลิศศรีสันหัต (2544) พบว่า ผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงจะไปเล่าเรื่องหรือปรึกษากับแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/จิตแพทย์ ร้อยละ 2 แต่ไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย และแม้แต่ผู้หญิงที่ถูกข่มขืน แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป เช่น การซักถามต่อหน้าผู้ป่วยรายอื่น ๆ โดยเห็นเป็นเรื่องปกติธรรมดา และใช้คำพูดไม่เหมาะสม ทำให้ผู้หญิงกระทำรู้สึกอับอายและถูกประจาน จึงเหมือนกับถูกกระทำรุนแรงซ้ำซ้อนจากเจ้าหน้าที่อีกครั้งหนึ่ง ซึ่งพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดเหตุการณ์เช่นนี้คือ ความรู้ และทัศนคติดังการศึกษาของซัคค์, ทอมสัน, ทอมสัน, มาอุโร และริวารา (Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro, & Rivara, 1999) พบว่าอุปสรรคที่ทำให้แพทย์และพยาบาล ละเลยในบทบาทหน้าที่คือความรู้ ทัศนคติและความเชื่อ โดยมักให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ และ รู้สึกว่าการทำร้ายไม่ใช่ปัญหาของผู้ป่วย ไม่มีเวลาจะซักประวัติผู้ป่วย และอึดอัดถ้าหากทราบปัญหาแล้วตนไม่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ นั้นแสดงให้เห็นว่าความรู้ และทัศนคติของบุคลากรในเรื่องของการกระทำรุนแรงเป็นอุปสรรคสำคัญ (Choen et al., 1997)

จากประเด็นความสำคัญของปัญหาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาจะพบว่าสถานการณ์ความรุนแรงในครอบครัวนั้นยังคงเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก และลักษณะการทำร้ายหลากหลายมากขึ้น แต่แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลยังมีการซักประวัติเพื่อช่วยแก้ไขสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับความรุนแรงในครอบครัวน้อยมาก หรือไม่มีการนึกถึงเรื่องนี้เลยเนื่องจากความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง มองว่าเป็นเรื่องของครอบครัว บุคคลอื่นไม่ควรเกี่ยวข้อง (ปวีณา หงสกุล, 2542) ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ทำให้ผู้หญิงถูกกระทำรุนแรงได้รับการดูแลรักษาไม่เหมาะสม ประกอบกับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลว่าบุคคลเหล่านี้มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างไร มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานมากน้อยเพียงใด การศึกษาในเรื่องนี้จะประโยชน์ต่อการพัฒนาระดับความรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติของแพทย์และพยาบาลให้มีความตระหนักและเกิดความรับผิดชอบร่วมกันในสังคม เป็นแรงผลักดันในการแก้ไขปัญหานำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหานี้ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ และทัศนคติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว

2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด จันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

4. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติระหว่างแพทย์และพยาบาล เพศหญิง - เพศชายในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว

5. เพื่อศึกษาอิทธิพลในการร่วมทำนายของความรู้ ทักษะคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศ ต่อการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

สมมติฐานของการวิจัย

1. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด
จันทบุรี มีความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

2. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด
ฉะเชิงเทรา มีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

3. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด
จันทบุรี มีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

4. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด
จันทบุรี ที่มีเพศต่างกันจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

5. แพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัด
จันทบุรี ที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวต่างกัน

6. ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำความรุนแรงในครอบครัว และเพศ มีอิทธิพลในการร่วมทำนายนการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการจัดอบรมให้แพทย์และพยาบาลมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารในการพิจารณาวางแผน ดำเนินนโยบายในการดำเนินงาน การบริการ โดยส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ และทัศนคติที่ดี นำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลและให้ การช่วยเหลือบุคคลที่ประสบกับปัญหาถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นข้อมูลในการพัฒนาหลักสูตรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว สำหรับการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์และพยาบาลต่อไป
4. เป็นข้อมูลในการพัฒนาการทำวิจัยเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาความสัมพันธ์และเปรียบเทียบ (descriptive, comparative, and correlational research) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว เพศ และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในการดูแล บุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว และศึกษาอิทธิพลในการร่วมทำนายของความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศ ต่อการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว เฉพาะ ทางด้านร่างกายและทางเพศเท่านั้น เนื่องจากการกระทำรุนแรงทางด้านร่างกายและการกระทำ รุนแรงทางเพศเป็นการกระทำรุนแรงที่พบได้เด่นชัด ส่วนการกระทำรุนแรงทางด้านจิตใจมักมีการ ปกปิด ไม่เปิดเผยเด่นชัด โดยเก็บรวบรวม ข้อมูลจากแพทย์ และพยาบาล ทั้งเพศหญิงและ เพศชายในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของจังหวัดจันทบุรี จำนวน 125 คน ซึ่งระยะเวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2545 ถึง วันที่ 15 สิงหาคม 2545

นิยามศัพท์เฉพาะ

แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดจันทบุรี ที่มี ประสบการณ์การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดจันทบุรี ที่มีประสบการณ์การดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว

การกระทำรุนแรงในครอบครัว หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามที่สมาชิกในครอบครัวกระทำต่อกัน และมีผลทำให้ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายและทางเพศ ทั้งโดยใช้หรือไม่ใช้อาวุธก็ได้

บุคคลที่ถูกกระทำรุนแรง หมายถึง บุคคลทุกเพศทุกวัยที่ถูกกระทำรุนแรงโดยบุคคลในครอบครัว ทางร่างกายและทางเพศ จนได้รับบาดเจ็บและมาได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรี

ความรู้เกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว หมายถึง สิ่งที่จะลึกได้ จำได้ซึ่งเป็นความจำ ความเข้าใจของแพทย์และพยาบาล เกี่ยวกับข้อเท็จจริงของการกระทำรุนแรงในครอบครัวในเรื่องของความหมาย รูปแบบ สาเหตุ ผลกระทบต่อสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้สึก และแนวโน้มของการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว ในเรื่องความหมาย รูปแบบ สาเหตุ ผลกระทบต่อสุขภาพ บทบาทหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง การดูแลรักษา การป้องกัน และการยอมรับ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล ในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว หมายถึง การกระทำของแพทย์และพยาบาล ตามบทบาทหน้าที่ในการดูแลเพื่อป้องกัน ขจัด หรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันชักนำหรือเป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว หรือการไม่ให้ความสนใจหรือไม่กระทำการใด ๆ ในการป้องกัน ขจัด หรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันชักนำหรือเป็นสาเหตุให้เกิดการกระทำรุนแรงในครอบครัว ในเรื่องการดูแลรักษา การป้องกัน และการยอมรับ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การศึกษาเรื่องความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดจันทบุรีครั้งนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเชื่อ ทัศนคติ เจตจำนง และพฤติกรรมของฟิชบายน์ และไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975) ผลสมผสานกับแนวคิดทฤษฎีความรู้ ความรู้สึก และพฤติกรรมของ

โรเซนเบิร์ก และ ฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) และแนวความคิดเกี่ยวกับเพศ (บุปผา ศิริวิศมี, เบญจา ยอดดำเนิน - แอ็ดดิกซ์ และ Gray, ม.ป.ป. ; สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2544) ดังนี้

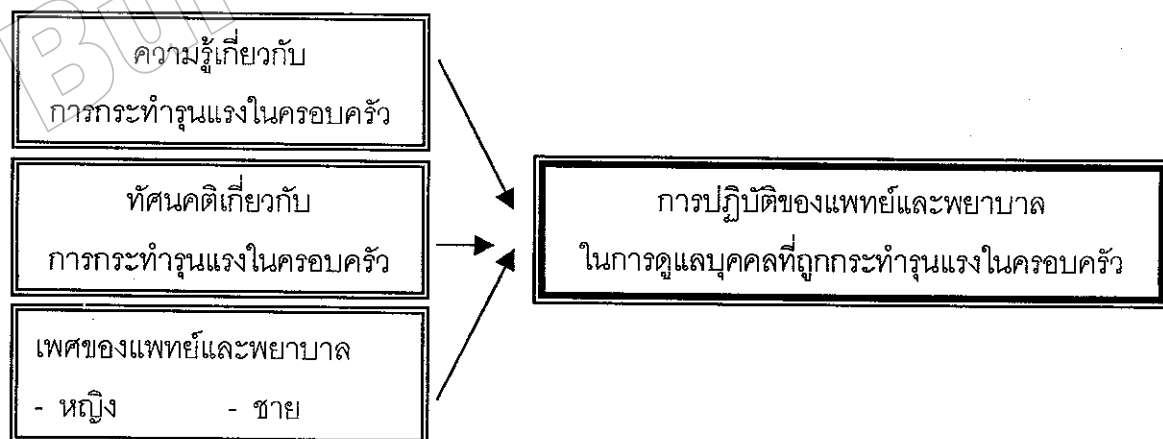
จากแนวคิดทฤษฎีของฟิชไบน์ และไอเซน (Fishbein, & Ajzen, 1975) อธิบายว่า พฤติกรรมที่กระทำเป็นผลจากแรงกระตุ้นของทัศนคติ มีทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ และเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามหลังทัศนคติ ส่วนแนวคิดทฤษฎีของโรเซนเบิร์ก และฮอฟแลนด์ (Rosenberg, & Hovland, 1960) อธิบายว่า ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของทัศนคติ ทัศนคติเป็นความคิดที่มีความรู้สึกแฝงอยู่ ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการกระทำต่อสิ่งหนึ่งในสถานการณ์นั้น ๆ มี 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้หรือความคิด (cognitive) ความรู้สึก (affective) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้ และทัศนคติมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ

จากการศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) พบว่า ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของบุคคลช่วยในการกำหนดทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโบกุนวิช และ โคเปิล (Bokunewicz & Copel, 1992) เป็นการศึกษาสำรวจถึงการให้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรส ได้มีการทดสอบก่อนและหลังการให้ความรู้พบว่าร้อยละ 70 ของพยาบาลไม่เคยมีความรู้เกี่ยวกับการถูกกระทำรุนแรงโดยคู่สมรสมาก่อน และหลังจากให้โปรแกรมความรู้พบว่า ทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับมัวร์, แซคคาโร และ พาร์สัน (Moore, Zaccaro, & Parsons, 1998) ได้ศึกษาทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพต่อผู้หญิงที่เคยประสบปัญหาการถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวพบว่า ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทางการพยาบาล มีพยาบาลที่มีความรู้และเห็นด้วยร้อยละ 44 กับคำถามที่ว่า “ฉันรู้สึกคับข้องใจเพราะว่าฉันไม่สามารถทำอะไรได้” มากกว่าพยาบาลที่ไม่มีความรู้ พยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางจะสามารถประเมินการถูกทำร้ายในผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอร้อยละ 34 เทียบกับร้อยละ 49 และสามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้มากกว่าร้อยละ 50 เทียบกับร้อยละ 78

ส่วนแนวความคิดเกี่ยวกับเพศ (บุปผา ศิริวิศมี, และคณะ, ม.ป.ป. ; สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2544) อธิบายว่า คนไทยไม่แยกความเป็นเพศทางวัฒนธรรมออกจากความเป็นเพศทางสรีระ แต่ใช้ความแตกต่างทางสรีระระหว่างเพศหญิง - เพศชายมาเป็นพื้นฐานในการสร้างความเป็นเพศทางวัฒนธรรม นำไปสู่ความเข้าใจผิดที่ว่า การมีสรีระที่ต่างกันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงและชายมีความต่างกันในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ความคิด ความฉลาด อารมณ์ ความรู้สึก ความสามารถ และความถนัดด้านต่าง ๆ เป็นต้น ความรู้ และทัศนคติเหล่านี้ได้กลายเป็นความเชื่อที่แพร่หลายอยู่ในสังคม ซึ่งมีผลต่อการเลือกปฏิบัติต่อเด็กและผู้หญิง จากการศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธีรารัตน (2543) เรื่อง “ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมบนมิติการเมืองเรื่องเพศ

และร่างกายผู้หญิง” พบว่าความรุนแรงในผู้หญิงที่เกิดขึ้นในครอบครัวเกิดจากการให้อำนาจชายเหนือหญิงและทัศนคติที่ว่าผู้หญิงมีสถานะต่ำต้อยกว่าผู้ชายซึ่งเป็นความไม่เท่าเทียมกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของแคน, วิทเนลล์, เซคสเปียร์ และโทมัส (Cann, Withnell, Shakespeare, Doll, & Thomas, 2001) พบว่า บุคลากรที่มีสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่เป็นเพศหญิงจะมีความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัวในทางบวกดีกว่าบุคลากรที่มีสุขภาพเพศชาย และการศึกษาของพาร์สัน, แซคคาโร, เวล, และสโตวอลล์ (Parson, Zaccaro, Well, & Stovall, 1995) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการค้นหาสาเหตุของการกระทำรุนแรงในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของโรเบิร์ต, ราเฟล, ลาวีเนค, โอโทล, และโอเบรียน (Robert, Raphale, Lawrenec, O'Toole, O'Brien, 1997) พบว่า จากการสำรวจทัศนคติเบื้องต้นก่อนที่จะให้โปรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว แพทย์และพยาบาลฉุกเฉินของออสเตรเลียมีทัศนคติต่อเรื่องการกระทำรุนแรงในทางบวก และหลังจากได้รับโปรแกรมการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติคือ พยาบาล และกลุ่มแพทย์ผู้ชายกับพยาบาลผู้ชายรวมกัน แต่แพทย์ผู้หญิงมีทัศนคติในทางบวกลดลง

ฉะนั้นจึงเป็นไปได้ว่าความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเทคนิคเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวมีความแตกต่างกัน แพทย์และพยาบาลเพศหญิง - เพศชาย ผู้ซึ่งอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมไทยจะมีทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัวแตกต่างกัน ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการกระทำรุนแรงในครอบครัว และเพศของแพทย์และพยาบาลมีแนวโน้มในการร่วมทำนายนการปฏิบัติในการดูแลบุคคลที่ถูกกระทำรุนแรงในครอบครัว โดยการวิจัยครั้งนี้สามารถเขียนกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย เรื่องความรู้ และทัศนคติต่อปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดจันทบุรี